



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 17 de noviembre de 2024

Neurogastroenterología I

Dom012

DISFUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN INDIVIDUOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, E. L. Núñez-Jiménez, H. R. Ordaz-Álvarez, C. L. Dorantes-Nava, F. Higuera-De La Tijera, K. R. García-Zermeño, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La disfunción sexual (DS) es un trastorno que afecta el comportamiento y la sensación sexual, con respuestas anormales o insuficientes a los estímulos sexuales. Diversos estudios han revelado una alarmante prevalencia de DS en sujetos con síndrome de intestino irritable (SII), con tasas que varían de 30% a 80%. La DS puede deteriorar de forma considerable tanto la calidad de vida general como la específica de estos individuos.

Objetivo: Comparar la prevalencia de DS en individuos con SII y controles sanos (CS) y correlacionar estos hallazgos con síntomas gastrointestinales y calidad de vida.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico en el que se incluyó a individuos con SII y CS. Se implementó una encuesta electrónica compuesta por 60 reactivos, en la que se recopilaban datos sociodemográficos. Para el diagnóstico de SII se utilizaron los criterios de Roma IV. Para evaluar la intensidad del dolor y la distensión abdominal se empleó la Escala de Gravedad de Síntomas en personas con Síndrome de Intestino Irritable (IBS-SSS). Para medir la función sexual se usó la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX). Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) para medir la distorsión psicológica, el cuestionario SF-12 para evaluar la calidad de vida y la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) para valorar la

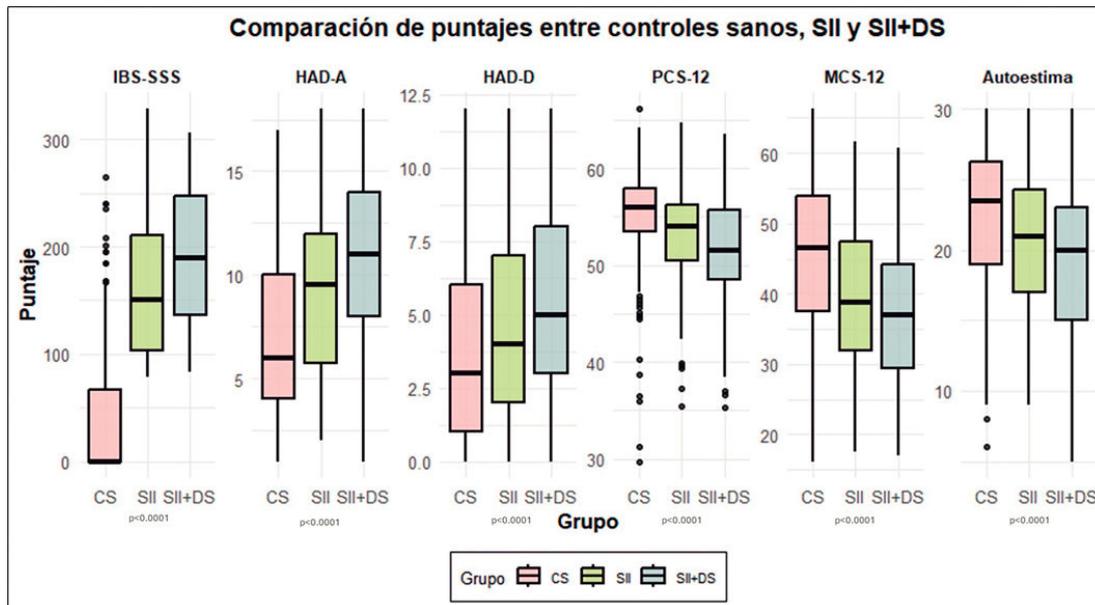
autoestima. Las variables numéricas se describieron mediante medidas de tendencia central, mientras que las variables categóricas se expresaron con frecuencias y porcentajes. Se confirmaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas t de Student o Wilcoxon. Las comparaciones múltiples se realizaron con la prueba de Kruskal-Wallis o ANOVA. Para las correlaciones se usó la prueba de Spearman. Se construyó un modelo de regresión lineal generalizado con método de eliminación hacia atrás. El análisis de datos se llevó a cabo en R Studio versión 4.4.3 y el software SPSS V. 25.

Resultados: Se incluyó a 420 individuos (54,3% mujeres) divididos en 170 con SII y 250 CS, con una mediana de edad de 25,1 (RIQ 21-24). Los sujetos con SII tuvieron mayor prevalencia de DS (34,1% vs. 23,2%; $p = 0,015$) y mayor dificultad para alcanzar el orgasmo (18,2% vs. 10%, $p = 0,019$) en comparación con los CS. Al evaluar a los individuos con SII, aquellos con SII + DS tuvieron mayor puntuación de ansiedad (11 [7,75-14] vs. 9,5 [2,25-12]; $p = 0,034$), IBS-SSS (190,69 + 66,16 vs. 164,27 + 63,81; $p = 0,012$), intensidad del dolor (42,39 + 14,87 vs. 36,55 + 14,06; $p = 0,025$), afectación de los síntomas en la calidad de vida (43,63 + 25,88 vs. 29,43 + 25,97; $p = 0,001$) y menor autoestima (20 [15-23] vs. 21 [17-24,75]; $p = 0,049$) en comparación con aquellos sin DS (Figura 1). Al comparar a mujeres con SII contra mujeres sanas, las mujeres con SII obtuvieron una mayor puntuación en el ASEX (16 [13-19] vs. 15 [13-18]), menor impulso sexual (8,9% vs. 13,5%, $p = 0,006$) y menor puntaje de autoestima (20 [15-23,7] vs. 23 [17,2-25], $p = 0,003$). Los individuos con SII tuvieron mayor probabilidad de desarrollar algún tipo de DS en comparación con los CS (OR 1,7; IC95% 1,1-2,6).

Conclusiones: La DS es más prevalente en individuos con SII y se correlaciona con mayor dolor abdominal y distorsión psicológica; las mujeres se afectan más. Se recomienda la inclusión del tamizaje de disfunción sexual como parte de la atención integral del SII, junto con la implementación de intervenciones multidisciplinarias que aborden los aspectos físicos y los psicológicos del SII para mejorar la calidad de vida de estos individuos.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Comparación de puntuaciones entre controles sanos, sujetos con SII e individuos con SII + DS. DS, disfunción sexual; SII, síndrome de intestino irritable; ASEX, Escala de Experiencia Sexual de Arizona; HAD-A, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Ansiedad); HAD-D, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Depresión); MCS-12, componente mental de la calidad de vida SF-12; PCS-12, componente físico de la calidad de vida SF-12; SII, síndrome de intestino irritable. (Dom012)



Dom013

ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO Y EL DETERIORO EN LA FUNCIÓN COGNITIVA

D. F. Abendaño-Rivera, P. M. Diego-Salazar, S. A. Vera-Nungaray, M. A. Díaz-Castro, R. Y. López-Pérez, F. Higuera-De La Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: En el proceso de envejecimiento normal se observa un grado de deterioro cognitivo influido por diversas vías, entre ellas la relación entre el intestino y el cerebro. En 2003, Braak *et al.* propusieron que un patógeno intestinal desconocido podía desempeñar un papel en el inicio del Parkinson y establecieron un modelo de estadificación basado en la propagación específica de la α -sinucleína, una proteína relacionada con la enfermedad. Este modelo sugiere que el estreñimiento puede ser un síntoma inicial en ciertos trastornos neurocognitivos, de tal modo que puede identificarse así a poblaciones con mayor riesgo de desarrollar estas alteraciones.

Objetivo: Determinar la relación del estreñimiento crónico y deterioro de la función cognitiva en pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga de la Ciudad de México.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, analítico y prospectivo de casos y controles. Los casos fueron pacientes

con estreñimiento crónico sin comorbilidades que consultaron al servicio de gastroenterología entre marzo y junio de 2024. Los controles fueron individuos sanos o con trastornos intestino-cerebro sin comorbilidades. Se utilizó SPSS versión 23.0 para el análisis. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes, las numéricas como medias y desviación estándar o mediana y rango. Se emplearon pruebas como ji cuadrada, exacta de Fisher, t de Student y U de Mann-Whitney, así como Wilcoxon y Kruskal-Wallis. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 248 participantes, 186 mujeres (75%) con una edad media de $47 \pm 10,2$ años y 62 hombres (25%) con una edad media de $48 \pm 10,4$ años. Todos los participantes residían en áreas urbanas y ninguno tenía antecedentes familiares de primer grado con trastornos neurocognitivos. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 27 ± 3 para ambos grupos. Los años de escolaridad fueron de $12,2 \pm 2,4$ años en aquellos con estreñimiento crónico (EC) y de $11,7 \pm 2,6$ años en el grupo control. Ningún participante informó un consumo diario de alcohol superior a 30 g y el 20% consumo de tabaco. Al comparar las puntuaciones del cuestionario MOCA entre los dos grupos se utilizó la prueba t de Student (-3,85). Debido a varianzas desiguales, se aplicó también la prueba t de Welch, con obtención de un valor de $p < 0,001$. Las personas con EC obtuvieron puntuaciones de MOCA más bajas en comparación con el grupo control para ambos sexos. No se halló una relación significativa entre la edad y la función cognitiva ($p = 0,511$) ni tampoco con los años de escolaridad ($p = 0,109$) (Tabla 1). Al comparar los grupos de estudio y analizar las funciones cognitivas más afectadas, las funciones ejecutiva-visoespacial, atención y lenguaje fueron las más afectadas con p

Tabla 1. Grupo de estudio y puntuación de MOCA. (Dom013)

Grupo de estudio		Grupo	n	Media	Mediana	DE	Estadístico	gl	p	
Puntuación de MOCA	EC		124	27,2	28	2,45	T de Student	-3,848 ^a	246	< 0,001
	Grupo control		124	28,1	28	1,41	T de Welch	-3,848	197	< 0,001
Edad	EC		124	48,4	50	10,41	T de Student	0,659	246	0,511
	Grupo control		124	47,5	49	10,23	T de Welch	0,659	246	0,511
Años de escolaridad	EC		124	12,2	12	2,44	T de Student	1,607	246	0,109
	Grupo control		124	11,7	11	2,61	T de Welch	1,607	245	0,109

Nota: H_a μ estreñimiento crónico (EC) \neq μ grupo control.

^a La prueba de Levene significativa ($p < 0,05$) sugiere que las varianzas no son iguales.

< 0,001. Por otro lado, las funciones de identificación y recuerdo diferido no mostraron alteraciones significativas. Los fenotipos del EC fueron: síndrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-C) en 108 (87%), estreñimiento funcional en 7 (6%) y disineria defecatoria en 9 (7%). De la población total, 124 participantes sufrían otro trastorno de la interacción intestino-cerebro (TIIC) sin identificar relación con el deterioro cognitivo ($p = 0,504$). El principal TIIC para ambos grupos fue la dispepsia. Los problemas para conciliar el sueño fueron más comunes en el grupo con EC (31% vs. 19% en el grupo control), con una relación estadísticamente significativa ($p = 0,019$).

Conclusiones: Con los hallazgos obtenidos se puede sugerir una vinculación significativa entre el estreñimiento crónico y un menor rendimiento en el MOCA, lo que indica una posible relación entre el estreñimiento crónico y el deterioro cognitivo.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom014

ENCUESTA LATINOAMERICANA EN GASTROENTERÓLOGOS EXPERTOS EN TRASTORNOS DEL EJE INTESTINO-CEREBRO SOBRE EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII) EN SU PRÁCTICA CLÍNICA

A. M. Madrid, M. Schmulson, G. Puentes-Leal, I. Hanna-Jairala, L. Aguilar-Paiz, J. Suazo-Barahona, J. M. Remes-Troche, E. Coss-Adame, L. M. Bustos-Fernández, L. Solé, Grupo Colaborativo: Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El SII-Roma IV tiene una prevalencia del 4,1% en países de Latinoamérica (Schmulson *et al.*, Neurogastroenterol Motil 2023), con efecto negativo en la calidad de vida y altos costos para los sistemas de salud. Aunque las guías de práctica clínica del SII son similares en el plano global, existen diferencias que pueden influir en el diagnóstico, como la disponibilidad y el acceso a determinadas pruebas diagnósticas, y la experiencia en la atención de este tipo de pacientes.

Objetivo: Evaluar la heterogeneidad en la investigación diagnóstica del SII entre gastroenterólogos expertos en Latinoamérica.

Material y métodos: Encuesta por internet realizada a 97 gastroenterólogos expertos en neurogastroenterología de 14 países de Latinoamérica (82,5% práctica privada y 17,5% pública). Se incluyeron 110 preguntas, 23 relacionadas con el estudio diagnóstico. Se realizó un análisis observacional descriptivo de exploración de datos de variables cualitativas.

Resultados: El 99% usa criterios diagnósticos para SII y el 98% los criterios de Roma IV con diferente frecuencia. Cuando hay signos de alarma, el 100% considera solicitar pruebas adicionales, las más frecuentes de las cuales son el hemograma, la sangre oculta en heces y las pruebas tiroideas (Tabla 1). El 40% solicita siempre o casi siempre serología para enfermedad celíaca (EC) y una cuarta parte indica calprotectina fecal para descartar enfermedad inflamatoria intestinal. El 85% siempre o casi siempre solicita colonoscopia en mayores de 50 años y más del 70% TAC abdominopélvica. Las pruebas de aliento para sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) solo las indica el 20% siempre o casi siempre. El 72% considera la manometría anorrectal en SII-E y el 96% en SII-E con síntomas de trastorno evacuatorio.

Por países, el 91% en Argentina y el 86% en Chile solicita siempre serología para EC; el 71% en Chile indica siempre calprotectina fecal, mientras que en México estos requerimientos son mucho menos frecuentes: el 14% solicita siempre calprotectina fecal y el 12% serología para EC. Por último, 65% en Argentina solicita siempre o casi siempre pruebas de aliento para SIBO.

Conclusiones: La mayoría de los gastroenterólogos expertos en TIIC en Latinoamérica emplea criterios de Roma IV para el diagnóstico de SII. Los signos de alarma son la razón más frecuente para solicitar pruebas diagnósticas con la finalidad de descartar otras alteraciones; y, con base en las guías internacionales, la mayoría indica colonoscopia en mayores de 50 años. Sin embargo, parece haber una indicación mayor de lo esperado de estudios como TAC abdominopélvica. Se observan también algunas diferencias por países, como mayor frecuencia de serología para EC en Argentina y Chile, probablemente por la elevada prevalencia de dicha enfermedad en estos países, y calprotectina fecal en Chile. Es de utilidad conocer la forma en la que los gastroenterólogos generales, internistas y médicos generales estudian esta entidad y establecer guías prácticas para el diagnóstico del SII en la clínica.

Financiamiento: Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología.

Dom015

EFECTO DE LA COMBINACIÓN DE RIFAXIMINA ALFA Y DIETA MODIFICADA EN FODMAP EN COMPARACIÓN CON INTERVENCIONES INDIVIDUALES SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA LACTASA EN PACIENTES CON SII SIN ESTREÑIMIENTO Y SIBO

M. F. García-Cedillo, J. S. Arenas-Martínez, F. U. Villegas-García, L. A. Estrella-Sato, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) se relaciona con diferentes mecanismos fisiopatológicos, entre ellos el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) e intolerancias alimentarias. El SIBO puede ocasionar disminución de la actividad de varias enzimas digestivas, incluida la lactasa. La rifaximina ha demostrado mejorar los síntomas y la actividad de la lactasa en pacientes con SII sin estreñimiento. La modulación de oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP) mejora los síntomas y la calidad de vida en pacientes con SII.

Objetivo: Evaluar el efecto en los síntomas y la actividad de la lactasa en los pacientes con SII sin estreñimiento posterior al tratamiento en combinación con rifaximina alfa y dieta modificada en la FODMAP en comparación con las intervenciones individuales.

Material y métodos: Estudio piloto y prospectivo. Se incluyó a pacientes de ambos sexos de 18 a 65 años de edad con SII sin estreñimiento de acuerdo con los criterios de Roma IV, con prueba de aire espirado (PAE) positiva para SIBO (lactulosa 10 g) y valores bajos de xilosa urinaria (19,18 mg/dL) medida por prueba de Lactest® en pacientes con autoinforme de intolerancia a la lactosa. Posterior a la firma del consentimiento informado, los pacientes se aleatorizaron a uno de los tres grupos: dieta modificada en FODMAP (DMF) por cuatro semanas, rifaximina alfa (400 mg cada 8 h) por dos semanas o la combinación de ambas intervenciones. Cuatro semanas después del inicio

Tabla 1. Frecuencia registrada de estudios solicitados tras considerar la siguiente pregunta: ¿ante el diagnóstico de SII solicitó estudios diagnósticos para descartar afectación orgánica? (Dom014)

Solicitud de los siguientes estudios en SII	Pruebas diagnósticas ante signos de alarma	Hemograma	Pruebas tiroideas	Serología celíaca	Calprotectina fecal	Sangre oculta en heces	Prueba de aire SIBO	Prueba de aire/malabs. lactosa	Prueba de aire/malabs. fructosa	Colonoscopia en > 50 años	TAC abdominal
Siempre	83,5%	52,6%	32,0%	25,8%	14,4%	32,0%	2,1%	1,0%	1,0%	56,7%	2,1%
La mayoría de las veces	9,3%	16,5%	25,8%	14,4%	11,3%	18,6%	17,5%	8,2%	6,2%	29,9%	8,2%
Algunas veces	7,2%	27,8%	33,0%	54,6%	54,6%	35,1%	46,4%	54,6%	43,3%	9,3%	62,9%
Nunca	0,0%	3,1%	9,3%	5,2%	19,6%	14,4%	34,0%	36,1%	49,5%	4,1%	26,8%

de la intervención se realizaron PAE con lactulosa y lactosa, se evaluaron los síntomas y Lactest® (cifras de xilosa urinaria) para medir de manera indirecta la actividad de la lactasa.

Resultados: Se integró a 77 pacientes, 63 (82,9%) de ellos mujeres, con una mediana de edad de 47 (35,3-55,80) años, IMC 26,70 kg/m² (24,40-30,5), 43 (55,8%) con SII mixto. La distribución en los grupos fue: 24 (30,7%) en rifaximina + DMF, 26 (33,3%) rifaximina y 27 (35,1%) DMF, y no se encontraron diferencias significativas en las variables demográficas entre los grupos. Al momento de la inclusión, el 100% de los pacientes tenía PAE positiva para SIBO. Luego del tratamiento asignado se observó una PAE negativa en el 62,4%, así como una mejoría del dolor abdominal en un 69,50%; en cuanto a la consistencia de las evacuaciones, el 57% mejoró el parámetro de Bristol 3 o 7 a 4 o 5. En cuanto a la actividad de la lactasa se observó mejoría en los pacientes de 8,88 (6,60-9,94) a 13,00 (11,00-14,60). En cuanto a la ingestión de FODMAP no se observaron cambios en el grupo de rifaximina, como se muestra en la **Figura 1**.

Conclusiones: Las intervenciones propuestas en el estudio tienen una respuesta positiva en la mejoría de la actividad de la lactasa y en PAE negativas a SIBO; sin embargo, se requieren estudios de mayor seguimiento para determinar la duración de la respuesta a las intervenciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom016

DURMIENDO CON EL ENEMIGO: IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA CALIDAD DE VIDA Y EL SUEÑO EN PACIENTES MEXICANOS

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegría-Ovando, M. F. Domínguez-Domínguez, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De La Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional intestinal caracterizado por dolor o malestar abdominal recurrente que se vincula con alteraciones en la forma o frecuencia de las evacuaciones. El SII tiene un efecto interesante en la calidad de vida, que puede incluso afectarse tanto como en los trastornos gastrointestinales orgánicos, por

ejemplo la enfermedad inflamatoria intestinal. Los pacientes con SII refieren a menudo una disminución de la capacidad para llevar a cabo actividades diarias, una mayor incidencia de ansiedad y depresión, y una reducción del rendimiento laboral y académico.

Objetivo: Determinar el efecto del SII en la calidad de vida y el sueño.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico, de tipo casos y controles, en el que se comparó a pacientes con SII, con base en los criterios de Roma IV, y controles sanos, todos los pacientes mayores de 18 años, que acudieron a la consulta externa de gastroenterología en el Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se les aplicó el cuestionario IBSQoL (*IBS Quality of Life Questionnaire*) para evaluar la calidad de vida. Se realizó un subanálisis para comparar entre los diferentes tipos de SII. Para comparar entre grupos se emplearon las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada o exacta de Fisher según fueran el tipo y la distribución de cada variable. Cuando se comparó entre tres o más grupos se usó la prueba de ANOVA de un factor. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a un total de 112 pacientes, 74 con diagnóstico de SII y 40 controles sanos. El 87% de los participantes correspondió a mujeres, con una edad media de $49 \pm 14,8$ años. Los pacientes con SII se clasificaron en tres subtipos: 40 pacientes (54%) con SII-E (predominio de estreñimiento), 23 pacientes (31%) con SII-D (predominio de diarrea) y 11 pacientes (14,8%) con SII-M (mixto). El 98,6% de los enfermos con SII mostró un efecto moderado en su calidad de vida, en contraste con los controles, quienes tuvieron un efecto bajo en el 100% de los casos ($p = 0,0001$). En el análisis por subgrupos no se hallaron diferencias significativas ($p = 0,057$). Al evaluar la calidad del sueño se encontró que el 65,3% presentó mayor despertar nocturno, 22,2% problemas en la conciliación del sueño y 12,5% despertar temprano. Al comparar la calidad del sueño por subgrupos se observó una diferencia significativa entre SII-E y SII-D ($p = 0,003$), así como entre SII-E y SII-M ($p = 0,0025$).

Conclusiones: El deterioro de la calidad de vida es mucho más frecuente en pacientes con síndrome de intestino irritable en comparación con sujetos sanos (se afecta más la calidad del sueño). Los pacientes con SII tienen un mayor efecto en su calidad de vida respecto de los pacientes sanos. No hay diferencias significativas en la forma en que los subtipos de SII afectan la calidad de vida en general. La calidad del sueño es peor en pacientes con SII-E respecto de aquellos con SII-D y SII-M, lo que podría sugerir la necesidad de enfoques específicos para tratar los problemas del sueño en este grupo de pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Porcentaje de respuesta de malabsorción, intolerancia y SIBO. Consumo de FODMAP después de la intervención. (Dom015)

